Münster i/W. 1934. No 206 Med Diss.

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik
der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster
Direktor: Professor Dr. Kehrer

Hysterische Hemi- und Paraplegien

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde
der hohen Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster i. Westfalen

vorgelegt von

Josef Samson

Assistenzarzt des Bezirkskrankenhauses Krumbach (Schwaben)

Buchdruckerei Karl Ziegler, Krumbach (Schwaben)
1933

Dekan: Prof. Dr. P. Esch
Referent: Prof. Dr. F. Kehrer

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen
Wilhelms-Universität zu Münster

Dem Andenken
meiner Eltern

Hysterische Hemi- und Paraplegien

Durch das griechische Wort ἡ ὑστέρα ist die Hysterie in merkwürdiger Weise mit dem weiblichen Geschlechtsorgan verknüpft. Sie war 2 Jahrtausende lang ein dunkler Begriff. Solange man die Krankheit nicht vom Uterus trennte und sie daher nur beim weiblichen Geschlecht fand, konnte man dem Problem der Hysterie sich nach keiner Seite hin nähern. Das Verknüpftsein des Begriffes der Hysterie mit dem Uterus ist auch der Grund für die Unfruchtbarkeit, die die Lehre von der Hysterie bis ins 17. Jahrhundert hinein auszeichnet.

Der Erste, der die Hysterie nicht nur beim Weibe sondern auch beim Manne fand, war, wie Lewandowsky berichtet, im Jahre 1618 Carolus Piso, der die Hysterie dann auch als eine Nervenkrankheit erklärte. Im selben Jahrhundert traten auch andere Forscher dieser Lehre bei. In den nächsten anderthalb Jahrhunderten schritt die Hysterielehre nicht weiter fort, sondern immer wieder wurde versucht, die Ansichten des Altertums als richtig hinzustellen und die Erkrankung auf das weibliche Geschlecht zu beschränken.

Lewandowsky erwähnt, daß besonders eine Arbeit von Louyer-Villermay aus dem Jahre 1816 den Unwillen verschiedener Forscher erregte, in der wieder von weiblichem Samen, von Wanderung des Uterus und von Pléthore spermatique gesprochen wird. Dadurch, daß die Hysterie beim Manne abgelehnt wurde, war ein Fortschritt in der Hysterielehre unmöglich.

Hufeland hatte die Ansicht, daß die Hypochondrie des Mannes dasselbe sei wie die Hysterie der Frau. Dieser Ansicht widerspricht Romberg auf das heftigste. Er glaubt, daß die hysterischen Symptome auf reflektorischem Wege durch eine Reizung des Uterinsystems hervorgerufen würden. Er sagt wörtlich: „Bedingung für die Entstehung der Hysterie ist die Geschlechtsreife der Weiber." Hierdurch wird also die Hysterie wieder auf das weibliche Geschlecht beschränkt und mit der reflektorischen Theorie auch ausgesprochen, daß der Sitz der Hysterie das Rückenmark ist.

Als Erster erklärte 1821 Georget, daß der Sitz der Hy-

sterie das Gehirn sein müsse, da sie aus irgendwelchen psychischen Ursachen hervorgehe. Er hält es für lächerlich, daß der Uterus Sitz der Hysterie sein solle.

Marksteine in der Hysterielehre sind also die Arbeiten von Carolus Piso und von Georget. Der Erste erkannte sie zuerst als eine nervöse Erkrankung, der Letzte lokalisierte sie im Gehirn, an welcher Ansicht ja auch heute in der Erforschung der Hysterie noch festgehalten wird. Die Lehre vom Gehirn als Sitz der Hysterie erhielt aber durch Briquet erst ihre eigentliche Begründung.

Was ist denn nun die Hysterie? Ueber diesen Begriff ist ungeheuer viel geschrieben worden. Jeder neue Tag bringt neue Veröffentlichungen. Vieles von dem, was man bisher als „Hysterie" bezeichnete, war ein ärztliches Kunstprodukt, oder es war ein Gemisch von Symptomen, die bei allen möglichen Krankheiten vorkommen können. Sie sind aber wiederum für keine Krankheit charakteristisch. Hoche konnte schon 1902 sagen: „Wer die These aufstellen wollte, daß es überhaupt ein Krankheitsbild Hysterie nicht gibt, sondern nur eine besondere Form psychischer Disposition, die man als hysterisch bezeichnet, wäre gar nicht zu widerlegen." Seither wurde auch diese Ansicht in Deutschland und Frankreich vertreten und man gibt zu, daß es noch nicht oder überhaupt nicht möglich ist, den Begriff der Hysterie genau zu umgrenzen.

Gaupp schält nun aus all den vielen Bemühungen um das Wesen der Hysterie als Ergebnis heraus, daß die Hysterie keine selbständige Krankheit, sondern daß sie eine abnorme Reaktionsweise des Individuums ist; zahllose Uebergänge führen vom Normalmenschen ganz allmählich hinüber zum ausgesprochenen Hysterischen. Die Zahl derjenigen Gelehrten, die an der einheitlichen umschriebenen Krankheit Hysterie festhalten, ist sehr klein geworden. Manche gingen soweit, daß sie den Namen sogar beseitigen wollten. Sommer ersetzte das Wort „hysterisch" durch „psychogen" und durch diese Identifizierung entstanden manche Irrtümer. Was dem hysterischen Typus seine charakteristische Farbe verleiht, ist die bestimmt geartete Willensrichtung.

Bonhoeffer sagt: „Das Durchscheinen dieser Willensrichtung in der Krankheitsdarstellung ist das, was uns als speziell hysterisch imponiert. Die häufigste Form der hysterischen Willensrichtung ist der Wille zur Krankheit. Ich glaube nicht, daß man bei dem Hysteriebegriff um die Einstellung eines solchen Willensmomentes herumkommt."

Diese bestimmte Willensrichtung im Gebaren des Hysterikers

betont auch Kehrer: „Wesenhaft ist der bestimmte Zweck, den der Hysterische verfolgt, einerlei, ob er nur ein einziges „Symptom" darbietet oder eine hysterische Szene oder den „Hysterischen Charakter". Lenz erblickt in dem Wesen der Hysterie eine abnorme Wunschbestimmbarkeit, für die er den Namen „Ogoristie" prägt. Er spricht von Zweckneurose der primitiven Menschen, der Kinder und der naiven Erwachsenen. Dieser Zweck aber ist das Bemitleidetwerden im weitesten Sinne des Wortes. Der Hysterische will als Kranker und als Leidender gelten. Er will die Vorteile und Beachtung genießen, die einem Kranken zuteil werden.

Gaupp sagt: „Es gibt keine Krankheit Hysterie, sondern nur eine hysterische Reaktionsweise. Nach Hellpach ist sie eine „reaktive Abnormität" keine produktive. „Sie ist zeitlich und inhaltlich durch die Einwirkung äußerer Faktoren auf eine besonders geartete Psyche bestimmt." Geht man auf die hysterische Reaktionsweise näher ein, so wird sofort die Frage aufgeworfen: wodurch äußert sie sich? Selbstverständlich durch ihre hysterischen Symptome. Nißl erkennt diese daran, daß sie bei der Krankheit Hysterie auftreten. Als „hysteriforme Symptome kommen sie bei vielen anderen Krankheiten vor".

Andere sagen, wir haben ja den hysterischen Charakter; wer ihn aufweist ist hysterisch und wenn bei ihm psychogene Symptome auftreten, dann handelt es sich um hysterische Symptome. Andere stimmen dieser Ansicht wieder nicht zu. Sie sagen, daß der hysterische Charakter nichts mit der Hysterie zu tun hat, sondern daß er sich erst im Gefolge der hysterischen Erkrankung entwickelt.

Ueber den hysterischen Charakter sagt Kretschmer: „Einen hysterischen Charakter schlechthin gibt es übrigens nicht. Die klinisch als „hysterisch" bekannten Reaktionsformen auf sensiblem, motorischem und psychischem Gebiet liegen in jedem Menschen bereit und können bei hoher Erlebnisstärke von jedem gegeben werden."

Nicht jeder Mensch, der mehr erscheinen will, als er in Wirklichkeit ist, also jeder Geltungssüchtige ist ein Hysteriker. Kehrer sagt: „Jeder „Schaumschläger", jeder Schauspieler auf der Lebensbühne will mehr gelten als er ist. Sein Ziel und seine Wege zum Ziel sind Andere. Im Gegensatz zu dem Hysterischen trachten sie danach, sich die Hochachtung der Anderen durch Steigerung der Mittel zu erwerben, mit denen man sie normalerweise erreicht".

Wir sehen also nichts als Widersprüche und scheinbar unlösbare Probleme.

Der „Zweck" des Hysterikers tritt am deutlichsten bei den

sogenannten Rentenhysterikern zutage. Der Wille zur Gesundheit und das Wiederarbeitenwollen, Wiederarbeitenkönnen werden übertrumpft von dem sicheren Gedanken, daß eine Versicherungsgesellschaft „zahlen muß", wenn der Versicherte nicht mehr „arbeitsfähig" ist. „Ich habe doch jahrelang meine Beiträge bezahlt, damit ich was habe, wenn ich nicht mehr arbeiten kann"; oder „Ich habe 4 Jahre lang im Schützengraben im Dreck gelegen. Vor dem Kriege wußte ich überhaupt nicht, was eine Krankheit war; aber jetzt bin ich doch immer krank. Im Schützengraben habe ich meine Gesundheit gelassen. Es ist doch wohl selbstverständlich, daß der Staat jetzt für meine Familie und für mich sorgt, wenn ich nicht mehr arbeiten kann."

Welche praktischen Konsequenzen sind nun hiernach für unser ärztliches Handeln zu ziehen?

Die Kriegshysterie, soweit sie sich mit unserem Begriffe des Zweckes in der Hysterie deckt, kann niemals als Dienstbeschädigung aufgefaßt werden, da die hysterische Reaktion ganz sicher vollständig wegbleiben würde, wenn nicht von dem betreffenden Menschen — bewußt oder unbewußt ist für diese Frage gleichgültig — ein bestimmter Zweck damit verfolgt würde. Nicht die Kriegsbeschädigung verursacht also das Wiederauftreten oder Fortbestehen der Krankheit, sondern etwas Zukünftiges, eine Absicht, ein Ziel, etwas Persönliches, was mit dem Kriegsdienst als solchem direkt gar nichts zu tun hat. Die hysterische Reaktion in unserem Sinne oder die „Zweckreaktion" wie sie Pönitz nennt, ist ja auch keine Krankheit, sondern ein mehr oder weniger bewußtes Sichgehenlassen. Die Frage, wie weit jemand bewußt sich gehen läßt, ist in den meisten Fällen nicht zu entscheiden. Auf jeden Fall wird es nicht zu viel sein, wenn man annimmt, daß in vielen Fällen, in denen von Hysterie gesprochen wird, eine reine Simulation vorliegt.

Die so vielfach umstrittene Frage der Hysterie ist wieder besonders brennend geworden durch die von einigen Beobachtern geschilderten neuen Kriegserfahrungen. Besonders unsere Kenntnisse über die Zusammenhänge zwischen Hysterie und traumatische Neurose drohen getrübt zu werden, Es handelt sich hier nicht um bloße theoretische Erörterungen, sondern um praktische Dinge, von denen zum Teil Prognose und Therapie, Beurteilung und Rentenzumessung bei zahlreichen Kriegsbeschädigten und Unfallverletzten abhängen.

Am reichhaltigsten ist die Fülle der hysterischen Störungen auf psycho-motorischem Gebiete. Wir beobachten nicht selten Lähmungen, die von einfachen Schwächegefühlen bis zu völ-

liger Bewegungsunfähigkeit fortschreiten können. Allen hysterischen Lähmungen ist die Eigentümlichkeit gemeinsam, daß von ihr sozusagen nur Bewegungen und nicht Muskeln oder Nerven betroffen sind. Erschwert oder unmöglich ist stets die motorische Gesamtleistung, nicht die Bewegung einzelner Teile. Dieses wird am deutlichsten in den Fällen, in denen die betroffenen Teile nur bei bestimmten Bewegungen gelähmt sind, während andere Bewegungen ungestört bleiben.

Die häufigste Form der hysterischen Lähmung ist die Hemiplegie, aber ohne Beteiligung des Gesichtes. Briquet sah bei 430 Fällen von Hysterie in 28% mehr oder weniger ausgesprochene Lähmungserscheinungen. Die Hälfte dieser Fälle waren Hemiplegien. Entsprechendes gibt v. Vohs aus Petersburg an, während Binswanger und Kräpelin die Häufigkeit der Lähmungen in Deutschland wesentlich geringer fanden. Bumke und Kräpelin stellten fest, daß am häufigsten die linke Seite gelähmt war. Die Ursache für die Bevorzugung der linken Seite scheint wohl darin zu liegen, daß die Patienten so am wenigsten behindert werden. Umgekehrt fand Jones unter 277 Fällen von Hemiplegie 150mal die rechte Seite befallen. Nach ihrer Häufigkeit stehen nach Kräpelin an zweiter Stelle die Paraplegien, bes. der Beine, an dritter Stelle die Monoplegien einzelner Glieder.

Die Lähmungen können ganz schlaffe sein, sodaß die betroffenen Glieder wie tote Massen herabhängen oder -fallen. Das gelähmte Bein wird schleifend oder in Beugestellung nachgeschleppt, nicht wie bei einer organischen Hirnlähmung im Bogen herumgeführt. In den meisten Fällen stellt sich dazu eine Empfindungslosigkeit ein, sodaß die gelähmten Glieder gewissermaßen aus dem Bewußtsein des Kranken ausgeschaltet sind. An den einfachen schlaffen Lähmungen sind am häufigsten die Beine beteiligt, so daß man ein eigenes Krankheitsbild als Astasie-Abasie abgegrenzt hat. In vielen Fällen sind Beweglichkeit und Kraft der Beine vollständig ungestört. Oft können die Kranken im Liegen alle Bewegungen, auch diejenigen des Gehens kräftig und richtig ausführen. Aber bei dem Versuche, sich auf die Füße zu stellen, knicken sie hilflos zusammen und sind nicht imstande, auch nur einen Schritt zu machen. Bei leichten Fällen sind die Kranken nur sehr unsicher auf den Beinen, schwanken, taumeln, greifen nach einer Stütze, sobald man sie losläßt. Kehrer beobachtete einen Fall, den er als „das Negativ einer Abasie-Astasie" bezeichnete. Hierbei zeigte sich eine vollständige Unfähigkeit zu irgend einer Bewegung des Beines im Liegen, nicht aber zum Gehen oder Stehen.

Bei den hysterischen Lähmungen fehlen die für die cerebralen so wichtigen Mitbewegungen. Es wird das gesunde Bein gegen die Unterlage gepreßt, wenn das gelähmte gehoben werden soll und umgekehrt. Aber oft zeigt sich auch wiederum, daß die gänzlich gelähmten Glieder unter Umständen noch unwillkürliche Bewegungen auszuführen imstande sind, namentlich Ausdrucksbewegungen, unwillkürliche Schutz-, Stütz-. Abwehrbewegungen. So kommt es, daß die Kranken durch ihre Lähmungen nie in ernstere Gefahren geraten. Sie finden bei Versagen der Beine immer noch rechtzeitig einen Stützpunkt oder lassen sich vorsichtig zu Boden gleiten.

Im Folgenden sollen nun einige typische Fälle von Hemi- bezw. Paraplegien beschrieben werden, die in der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität zu Münster beobachtet wurden:

Fall 1: Herr L. aus O.

Vorgeschichte nach eigenen Angaben:

Als Kind nie krank gewesen. „Ich habe nie gewußt, was eine Krankheit war." In der Schule einmal sitzen geblieben. Von der Schulentlassung an arbeitete er bis 1914, bis zu seinem 23. Lebensjahre, wo er eingezogen wurde, in einem Steinbruch. Ende 1914 kam er ins Feld nach Frankreich. Im Herbst 1915 hatte er einen Lungenkatarrh.

Im Februar 1917 bekam er plötzlich während eines Trommelfeuers einen „Anfall". Wie der Anfall im Einzelnen gewesen ist, weiß er nicht, aber die Kameraden haben gesagt, daß er mit den Armen und Beinen umhergeschlagen habe. Hiernach kam er nicht mehr ins Feld, weil von der Zeit an fast täglich Anfälle auftraten. Im Mai 1917 wurde er entlassen. Von 1918 bis 1922 arbeitete er wieder im Steinbruch. Trotz der Anfälle konnte er diese Arbeit ausführen. „Wenn ich einen Anfall bekam, war ich wohl schlapp, aber ich habe doch gearbeitet, außerdem traten sie auch immer nur abends auf." Von 1922 bis 1928 arbeitete er in einem Drahtwerk. Oktober 1928 bekam er eine Rippenfellentzündung. Im Februar 1929 versuchte er wieder zu arbeiten. Vor einem Schmelzofen bekam er aber einen Anfall. Hiernach mußte er 4 Monate lang zu Bett liegen bleiben. Mit dem Auftreten des Anfalles verlor er jetzt die Sprache, so daß er 4 Wochen lang fast nichts sprechen

konnte. Nur „heisere Worte" konnte er herausbringen. In der ganzen linken Körperhälfte hatte er sehr starke Schmerzen. Als er dann nach 4 Wochen zum ersten Male das Bett verließ, war er „links gelähmt.' Er konnte nicht mehr gehen und vermochte sich nur mit Hilfe eines Stockes, und wenn seine Frau ihn an seiner linken Seite unterstützte, fortzubewegen. Die Anfälle traten dann noch alle 3—4 Wochen auf. Den letzten Anfall bekam er auf der Reise nach hier auf dem Bahnhof in O. Seine Frau, die ihn begleitete, hat ihm erzählt, daß ihn 3 Mann festhalten mußten, weil er so sehr mit Armen und Beinen umhergeschlagen habe.

Ueber die Anfälle selbst kann L. gar keine Angaben machen, aber vorher wird er erregt, unzufrieden, und es ist „so flimmerig vor den Augen". Er weiß dann schon, daß ein Anfall kommt; er setzt sich hin, daß er nicht umfallen kann. Der Anfall selbst dauert bis zu 1½ Stunden lang.

Jetzt klagt L. über starke Schmerzen in der ganzen linken Seite. Sie sind dauernd vorhanden „auch des Nachts, wenn ich schlafe". Wenn er mit dem linken Bein auftritt, sind die Schmerzen stärker. Zu Hause sitzt er immer auf einem gepolsterten Stuhl, weil es dann nicht so schlimm ist. Augenblicklich hat er keine Kopfschmerzen, sonst aber sehr stark in der linken Kopfhälfte.

Der Appetit ist sehr schlecht, „das kommt aber nur von den Schmerzen." Wasserlassen und Stuhlgang in Ordnung. Inf. ven. negatur. Seit 1918 verheiratet.

Familienanamnese o. B.

Befund:

41jähriger Patient in leidlichem Kräfte- und Ernährungszustand. Hautfarbe blaß. Sichtbare Schleimhäute mäßig gut durchblutet.

Hals- und Rachenorgane o. B.

Herzgrenzen nicht verbreitert, Töne rein, Aktion regelmäßig, beschleunigt. Puls 4 mal 20 Schläge in der Minute. Nach 10 Kniebeugen 25, 23, 20, 20 Pulsschläge in je einer Viertelminute. Dabei tritt schnaufende Atmung und ein grobes Zittern am ganzen Körper auf. Zwischen rechts

und links bestehen an der Arteria radialis in der Pulszahl keine Unterschiede.

Blutdruck: rechts 140/80 mm Hg, links 135/75 mm Hg nach Riva-Rocci.

Leib: Keine Vergrößerung von Leber und Milz. Schmerzäußerung bei einfachem Druck auf die linke Bauchseite. Ebenso bei Berührung der ganzen übrigen linken Körperhälfte.

Neurologischer Befund: Das Gesicht ist stets feucht und glänzend. Die ganze linke Körperhälfte ist angeblich stark klopfempfindlich. Beim Druck auf die Austrittsstellen des Trigeminus I—III und Occipitalis links starke Schmerzäußerungen, rechts o. B. Facialis bds. o. B. Die Bewegungen des Kopfes nach links sind angeblich stark schmerzhaft. Augenbewegungen frei, kein Nystagmus. Pupillen bds. gleichweit und rund. Bei Lichteinfall prompter und ausgiebiger Reflex. Bei Nahesehen ebenfalls prompte Reaktion. Korneal- und Konjunktivalreflex positiv. Vasomotorische Erregbarkeit gesteigert, ebenfalls die mechanische Muskelerregbarkeit.

Obere Extremitäten: Der linke Arm wird an den Brustkorb angelehnt, steif in Zügelstellung gehalten; die linke Hand hängt etwas schlaff herunter.

Bei Aufforderung können aktiv sämtliche Bewegungen des linken Armes und der linken Hand ausgeführt werden, aber langsam und unter lautem Stöhnen; dabei ist das Gesicht vor Schmerz verzerrt.

Bei unauffälliger Beobachtung wird der linke Arm beim Aus- und Ankleiden ausgiebig benutzt.

Die passive Beweglichkeit ist normal, ebenso die Muskelspannung.

Radiusperiost- und Sehnenreflexe bds. normal, rechts = links.

Fingernasen- und Fingerfingerversuch sicher; wird aber mit der linken Hand sehr langsam ausgeführt.

Links besteht Brady- und Dysdiadochokinese.

Hyperhidrosis.

Bei Prüfung der groben Kraft wird die Muskulatur des linken Ober- und Unterarmes stark angespannt, wobei die linke Hand aber schlaff bleibt.

Bauchdeckenreflexe beiderseits positiv, rechts = links.

Untere Extremitäten: Links sind aktiv angeblich gar keine Bewegungen möglich. Nach mehrmaliger Aufforderung gelingen aber sämtliche Bewegungen, wenn auch unter lautem Stöhnen und Klagen: „Ich habe furchtbare Schmerzen, ich kann es nicht."

Die passive Beweglichkeit ist in keiner Weise eingeschränkt. Bei Prüfung der Muskelspannung wird das linke Bein stark angespannt, rechts kein Widerstand.

Kniehackenversuch bds sicher, links sehr langsam. Patellarsehnenreflexe bds lebhaft, rechts = links. Achillessehnenreflexe bds lebhaft, rechts = links. Keine pathologischen Reflexe.

Romberg'scher Versuch psychogen: Fall auf das Untersuchungssofa. Grobes Schwanken nach allen Seiten, dabei laute schnaufende Atmung und Zittern am ganzen Körper, das aber bei plötzlicher Ablenkung nicht vorhanden ist. Starke Hyperhidrosis.

Beim Gehen ist das linke Bein abduziert und nach außen rotiert; es wird kaum vom Boden abgehoben. L. stützt sich auf einen Stock, ohne den er anscheinend ganz hilflos ist, hin- und herschwankt und sofort nach einer neuen Stütze sucht. (Stuhl, Tisch).

Sensibilität, Lagegefühl, Tiefensensibilität, Stereognosie intakt. Keine groben Intelligenzstörungen. Keine Sprachstörung.

Psychisch:

Bei der Untersuchung bricht Herr L. angeblich vor Schmerzen mehrere Male in lautes Schluchzen und Weinen aus. Er beteuert oft, wieder gerne arbeiten zu wollen, wenn er nur könne. Es besteht ausgesprochene Neigung zu Uebertreibung und Ueberwertung. Gibt immer wieder an, daß er alles nicht so schlimm ansehe, wenn nur nicht die linke Seite „ganz gelähmt" sei.

Die Anamnese läßt in diesem Falle sofort den Verdacht aufkommen, daß die Lähmung des linken Armes und Beines eine hysterische ist. Wenn im Anschluß an ein Trommelfeuer ein Anfall auftritt, wenn bei einem solchen Anfall die Sprache vorübergehend verloren geht, dann ist es auch nicht zu verwundern, wenn der Patient nach einem Zubettliegen von 4 Wochendauer plötzlich beim Aufstehen feststellt, daß er links gelähmt ist. Wenn sich dann noch bei der Untersuchung herausstellt, daß lediglich die aktiven

Bewegungen, zu denen aufgefordert wird, unmöglich, daß aber die Muskulatur und die Nerven intakt sind, dann ist an der Tatsache, daß es sich hier um eine hysterische Hemiplegie handelt, wohl nicht zu zweifeln.

Fall 2: Herr R. 46 Jahre alt,

Vorgeschichte nach den eigenen Angaben:

(Was fehlt Ihnen?) „Ich habe eine hysterische Lähmung des rechten Fußes".

Als Kind angeblich nie ernstlich krank gewesen. Mit 14 Jahren Diphtherie gehabt. Mit 15 Jahren wurde er bei einem Bauunternehmer Handlanger. Mit 19 Jahren ging er zur Zeche, wo er zunächst als Schlepper, dann als Lehrhauer und später als Hauer tätig war. 1908 bis 1910 diente er aktiv bei der Infanterie. 1916 bis 1918 war er bei einem Eisenbahnbattaillon in Frankreich. Als er 1918 vom Militär entlassen wurde, war er schon „nervenkrank". Er hatte immer starke Schmerzen im ganzen Kopf. „Es war so, als wenn immer einer im Kof am Schneiden und am Stechen war." Damals merkte er auch schon, daß die Kraft im rechten Fuß nachließ. Beim Gehen knickte er nach innen um. Schmerzen hatte er dabei nicht. Er hatte gar kein Gefühl mehr im Fuß, konnte mit einer Nadel hineinstechen, ohne daß er es merkte. Dieses Leiden am Fuß war manchmal besser und manchmal war es aber auch viel schlimmer. R. arbeitete damals noch auf der Zeche, mußte aber viel krank feiern, denn er hatte außerdem noch sehr viel mit Kopfschmerzen zu tun. 1925 wurde er wegen dieses Leidens am Kopf und am Fuß Knappschaftsinvalide. 1925 bis 1927 hatte er eine „Lähmung des rechten Armes". Sie war ganz allmählich aufgetreten. 1927 wurde es mit dem Fuß wieder etwas besser, sodaß er bei einem Bauunternehmer wieder Arbeit annehmen konnte. Ende 1927 erlitt er einen Unfall. Mit einer schweren Last auf dem Rücken knickte er durch Umschlagen eines Brettes, auf dem er ging, mit dem rechten Fuß um. Schmerzen hatte er dabei nicht. „Es war gerade so, als wenn der Fuß betäubt war". Der Fuß hing schlaff herunter und es war gerade so, als wenn er gebrochen gewesen sei; denn er konnte ihn hin- und herschlagen. 1928 wurde er wegen dieser „Nervenstörungen" Reichsinvalide.

Später versuchte R. noch mehrere Male bei einem Landwirt zu arbeiten, aber es ging nicht, weil er keine Kraft im rechten Fuß hatte und die Kopfschmerzen zu stark waren. Im Herbst 1931 trat wieder allmählich die Lähmung im rechten Arm auf. Ohne jegliche Schmerzen ließ die Kraft nach und der Arm war ganz schlaff geworden. Wenn ihn einer in die Höhe hob und dann wieder fallen ließ, dann baumelte er am Körper „wie ein schlaffes Seil." In den letzten Wochen besserte er sich etwas. Er bekam wieder mehr Kraft darin und heute kann er ihn schon wieder etwas anheben, „aber er ist noch etwas geschwollen."

Vor etwa 14 Tagen mußte er 2 Tage lang zu Bett liegen, weil er „am ganzen Körper gelähmt" war. Er konnte die Hand nicht einmal zum Munde führen, so daß er gefüttert werden mußte. Jetzt klagt R. über Kopfschmerzen, die dauernd vorhanden sind. Beim Bücken nach vorne hat er das Gefühl, „als wenn das Gehirn im Kopf lose sitzt und ihm die Augen aus den Höhlen herausdrückt". In der Schulter und im Rücken verspürt er ein Ziehen. „Es fällt mir schwer lange zu liegen, zu sitzen und zu stehen". Er ist dauernd müde und matt. Der rechte Arm ist sozusagen unbrauchbar und der rechte Fuß ist schlaff und knickt beim Gehen nach innen um. Beim Berühren des Fußes hat er ein Gefühl, als wenn ein elektrischer Strom hindurchzieht. Der Schlaf ist sehr unregelmäßig. Manchmal kann er mehrere Nächte hintereinander nicht schlafen.

Inf. ven. negatur. Familienanamnese o B.

Befund:

46jähriger Mann in ausreichendem Kräfte- und Ernährungszustand. Asthenischer Körperbau. An Brust und beiden Beinen Tätowierungen.

Hals- und Rachenorgane o. B.

Herzgrenzen regelrecht, Töne rein, regelmäßig. Puls rechts 4 mal 18 Schläge in der Minute, ebenso links. Nach 10 Kniebeugungen 25, 23, 20, 18 Pulsschläge in je einer Viertelminute.

Blutdruck rechts 120/70 mm; links 125/70 mm Hg nach Riva-Rocci.

Lungen und Abdomen o. B.

Neurologisch:

Beim Beklopfen des Kopfes keine Schmerzäußerung. Der Trigeminus II ist links etwas druckschmerzhaft; ebenso der Occipitalis links. Facialis bds. o. B. Die seitlichen und Drehbewegungen des Kopfes sind nicht eingeschränkt. Augenbewegungen frei. Pupillen bds. gleichweit, links ein wenig entrundet, senkrecht oval verzogen. Die Reaktion auf Licht und Convergenz ist prompt und ausgiebig. Koniunktival- und Cornealreflex bds. positiv. Lidflattern. Die Zunge wird zitternd gerade herausgestreckt. Vasomotorische Erregbarkeit normal. Mechanische Muskelerregbarkeit gesteigert; Harfenphänomen: idiomuskuläre Wulstbildung.

Der rechte Arm wird in Zügelstellung gehalten. Die Finger sind gebeugt, der Daumen leicht adduziert. Die Beschwielung der Handflächen ist beiderseits gleichmäßig stark. Aktive Bewegungen des rechten Armes sind angeblich unmöglich. Passiv in eine beliebige Stellung gebracht, kann er auch ohne Unterstützung so gehalten werden; nach energischem Auffordern bringt er es auch fertig, den rechten Unterarm vollkommen zu beugen und den Arm bis zur Horizontalen zu heben. Alle aktiven Bewegungen gehen sehr langsam unter Stöhnen und angeblich großem Kraftaufwand vor sich. Der Tonus ist rechts herabgesetzt. Fingernasenversuch links sicher. Rechts bringt er den Finger bis auf 10 cm an die Nase heran. Dann fällt der Arm schlaff herunter: „Jetzt ist es alle, jetzt geht es nicht mehr." Diadochokinese links intakt. Rechts führt er ganz langsam geringe Bewegungen aus. Radiusperiost- und Sehnenreflexe bds. positiv, links etwas stärker als rechts. Grobe Kraft links gut. Rechts bleiben trotz größter Anstrengung die Hand und Finger schlaff. Geringgradige Hyperhidrosis. Nach längerem Stehen starke cyanotische Verfärbung der herabhängenden Unterarme und Hände, rechts stärker als links.

Vergleichende Masse: (20 cm oberhalb des Olekranons) rechts: 28,5 cm; links 30 cm. (15 cm oberhalb des Olekranons) rechts 27,5 cm; links 28,5 cm. Am Unterarm und an der Hand sind im Umfang zwischen rechts und links keine Unterschiede vorhanden.

Bauchdeckenreflexe beiderseits sehr lebhaft.

Cremasterreflexe beiderseits schwach.

Untere Extremitäten: Tonus bds. gleich. Aktiv können der rechte Fuß und die Zehen angeblich gar nicht bewegt werden. Passiv besteht keine Bewegungseinschränkung. Der rechte Fuß wird beim Liegen in schwacher Spitzfußstellung gehalten. Beim Aufstehen wird das rechte Bein im Kniegelenk nicht gebeugt und wird beim Gehen nachgeschleppt. Es muß stärker gehoben werden als das linke, um nicht mit der Fußspitze auf dem Boden anzustoßen. Rechts wird der Fuß im Sprunggelenk weniger fixiert als links. Beim Auftreten berührt nur der äußere Fußrand den Boden. Das Fußgewölbe ist ausgesprochen hohl. Die Großzehe berührt beim Gehen kaum den Boden. Kniehackenversuch links sicher. Rechts etwas unsicher. Dabei baumelt der rechte Fuß schlaff hin und her. Abduktorenreflex beiderseits lebhaft, rechts stärker als links. Patellarsehnenreflex rechts schwächer als links. Achillessehnenreflex beiderseits gleich. Keine Kloni, keine pathologischen Reflexe.

Romberg'scher Versuch; Psychogenes Schwanken, das bei Ablenkung nicht vorhanden ist. Die vergleichenden Maße zwischen rechts und links ergaben keine Differenzen.

Sensibilität:

Im Bereiche des unteren Drittels des rechten Unterarmes besteht eine Empfindungsherabsetzung für Berührung. Im Bereich der ganzen rechten Hand werden Berührung, Spitz und Stumpf, Warm und Kalt nicht empfunden; die Schmerzempfindung ist herabgesetzt Aehnlich liegen die Verhältnisse am ganzen rechten Unterschenkel und am rechten Fuß. Am vorderen Drittel des Fußes besteht vollkommene Unempfindlichkeit. Lagegefühl intakt. Stereognosie: Gibt man ihm einen Gegenstand in die Hand, dann antwortet er auf Befragen: „Da ist ja nichts." Die Tiefensensibilität ist an den oben bezeichneten Stellen gestört, sonst am ganzen übrigen Körper intakt.

Psychisch:

Zeitlich und örtlich orientiert. R. zeigt wenig Energie sich über seine Beschwerden hinwegzusetzen. Der Wille zur Gesundheit ist nicht vorhanden. Ueber-

wertung der Beschwerden. Die Vorstellung, daß der rechte Fuß „gelähmt" und daher für ihn vollständig „unbrauchbar" ist, besteht seit Jahren und ist fest verankert.

Der Verlauf des vorstehenden Falles ist uncharakteristisch für eine organische Lähmung. Das Auftreten, Verschwinden und Wiederauftreten der Schwäche im rechten Arm sprechen nicht für eine organische Erkrankung. Der Gedanke an eine echte Lähmung schwindet, wenn wir sehen, daß R. es trotz seiner „Lähmung" fertig bringt, den Arm mit eigener Kraft in jede beliebige Stellung zu halten, in die sie passiv gebracht wird. In diesem Falle wird uns weiterhin gezeigt, wie sehr die motorische Gesamtleistung einer Extremität oder eines Teiles derselben aus dem Gedächtnis geschwunden sein kann. Während die Nerven, Muskeln und Gelenke in Ordnung sind, ist für den Träger der Fuß trotzdem „gelähmt". Das Empfinden für einen gesunden rechten Fuß ist dem R. im Verlauf der Nachkriegsjahre verloren gegangen.

Fall 3: Wilhelm L., 39 Jahre alt.
Vorgeschichte nach eigenen Angaben:

Keine Kinderkrankheiten. War auch später nie ernstlich krank. In der Schule gut gelernt. 1909 bis 1911 aktiv gedient. Eine Verletzung des linken Unterarmes im Jahre 1914 heilte schnell aus, ohne Folgen zu hinterlassen. September 1915 wurde die rechte Hüfte geprellt; wodurch weiß er nicht. Er wurde dabei ohnmächtig, denn als er wieder zu sich kam, befand er sich in französischer Gefangenschaft. Er spürte Schmerzen in der rechten Hüfte, die nach etwa 2 Wochen wieder nachließen.

Anfang 1916 erlitt er bei seiner Arbeit einen Unfall. Er stürzte beim Abladen von Eichenrinde rückwärts von einem Eisenbahnwaggon, da sich ein Bündel der Rinde gelöst hatte. Dies hat er selbst noch beobachtet. Dann kam er nach Angaben seiner Kameraden ungefähr 2 Stunden später wieder zu sich. Er hatte Schmerzen am Hinterhaupt, im Nacken und in der Stirngegend. Im Lazarett blieb er etwa 4—5 Monate. 1—2 Tage nach dem Unfall bekam er einen Krampfanfall, auf Grund dessen er nach Montpellier in eine Nervenklinik verlegt wurde. Die Anfälle, von denen er selbst nichts weiß, bei denen er sich oft in die Zunge

beißt, die 10—15 Minuten dauern, treten heute noch 1—2 mal in der Woche auf. Wegen dieser Anfälle mußte er häufig in seiner Arbeit auf einem Zechenbüro, wo er seit Kriegsende arbeitete, aussetzen. Seit 1926 hat er bemerkt, nachdem ein Arzt danach fragte, daß unmittelbar vor dem Anfall ein eigenartiges Rucken vom Herzen zum Kopfe hinzieht.

Seit 1926 bemerkt er ferner, daß nach jedem Anfall das rechte Bein für einige Zeit kraftlos und für etwa 2 Stunden lang nicht zu gebrauchen war. Im Juli 1927 wachte er mitten in der Nacht von dem Gefühl auf, daß ihm etwas passierte. Als er aufstehen wollte, um sich darüber klar zu werden, konnte er das rechte Bein nicht aus dem Bett bewegen und sich auch nicht auf dem rechten Arm stützen, in dem er das Gefühl hatte, als sei er eingeschlafen. Als seine Frau ihm half aufzustehen, war ihm, als ob er rechts ein „Gummibein" habe und als ob es länger geworden sei. Der Zustand des rechten Beines ist bis heute nicht gebessert. Mit dem Arm ist es nicht mehr so schlimm, odwohl er kraftlos geblieben ist. Seit 1918 ist er Bergin valide. Er bezog stets eine Militärrente und zwar bis 1925 50 %, bis 1927 70 % und seit der Zeit 90 %. Januar 1928 wurde ihm die Knappschaftsrente entzogen. Schlaf, Appetit und Stuhlgang sind gut. Seit der Lähmung muß er häufiger Wasser lassen, da sonst das Wasser abgeht, ohne daß er es zurückhalten kann. Mäßiger Raucher. Alkohol kann er nicht vertragen. Keine Geschlechtskrankheiten gehabt.

Familienanamnese o. B.

Befund:

Sehr guter Ernährungszustand. Adipositas. Puls 80 Schläge in der Minute. Prognathie. Innere Organe ohne wesentlichen krankhaften Befund.

Neurologisch fand sich:

Schädeldecke nicht druck- oder klopfempfindlich. Beide Infraorbitales und Occipitales angeblich druckempfindlich, Psychogenes Zucken und Zwinkern mit den Augenlidern und der Stirnmuskulatur.

Die Armreflexe und der Tonus der Muskulatur sind beiderseits gleich. Grobe Kraft rechts psychogen

herabgesetzt. Sie ist gleich null. Keine Atrophie der Armmuskulatur.

Bauchdecken- und Hodenreflexe beiderseits gleich und normal.

An den Beinen sind die Reflexe und die Muskelspannung beiderseits gleich und normal. Grobe Kraft rechts gleich null (psychogen.) Keine Atrophie der Beinmuskulatur. Fußsohlenreflex rechts etwas schwächer als links. Keine pathologischen Reflexe.

Beim Gehen wird das rechte Bein geschont. Er geht mit vorgeschobener rechter Hüfte, den rechten Fuß über den Boden schleifend, in theatralischer Art bei Beobachtung. Wesentlich geringer sind diese Erscheinungen, wenn er sich unbeobachtet glaubt. Der rechte Schuh war an der Spitze weniger abgenutzt als der linke. Beim Prüfen des Tonus durch überraschende und überrumpelnde Bewegungen setzte er diesen einen Widerstand solcher Art entgegen, wie er nur Gesunden eigen ist. Psychogenes Vorbeizeigen beim Fingernasen-Versuch. Romberg negativ. Lebhafte vasomotorische Erregbarkeit und mechanische Muskelerregbarkeit. Starke Hyperhidrosis der Handflächen und der Achselhöhlen.

Sensibilität:

Hysterische Hypästhesie des rechten Armes und Beines. Zuckt zusammen beim Stich in die Fußsohle und in die Zehen. Deutliche Schmerzreaktion der gleichseitigen Pupille. Gibt gleiches Gefühl an beim vergleichenden Bestreichen des Ober- und Unterschenkels beiderseits, während er vorher beim Bestreichen des rechten Beines allein: „Fühl nichts" angab. Manchmal führt er eine absichtliche Verzögerung der Antwort durch Husten herbei.

Normale elektrische Eregbarkeit der Muskulatur des rechten Armes und Beines.

Psychisch sonst unauffällig. Zeitlich und örtlich orientiert. Kein Intelligenzdefekt. Keine epileptische Charakterveränderung.

Für eine organische Erkrankung ist hier bei Herrn L. gar kein Befund zu erheben. Durch die Untersuchung kommen wir zu dem Ergebnis, daß wir einen vollständig gesunden Menschen vor uns haben. Die Gangart und die Art und Ausdehnung der angeblichen Empfindungsstörung und die Entstehung der Lähmung sind typisch für eine Hysterie.

Fall 4: P. Richard.
Vorgeschichte nach eigenen Angaben:

P. klagt über Schwäche und Gefühllosigkeit im linken Arm und Bein. Er kann den linken Arm wohl bewegen, aber das geht sehr langsam; er kommt auch noch mit der Hand auf den Kopf, aber nur für einen kurzen Augenblick, weil ihm sonst der Arm weh tut und er ein Gefühl hat, als ob die Knochen im Ellenbogengelenk auseinander gingen. Die Hand fühlt sich oft so an, als ob er sie in Eis steckte. Sonst fühlt er aber alles, was er in der Hand hat.

Das linke Bein bekommt er beim Gehen nicht mit; er muß es immer nach außen herum nach vorn schleudern. Meistens fühlt er das Bein überhaupt nicht. Es ist so, als ob er gar kein linkes Bein hätte. Auch im linken Fuß hat er genau wie in der linken Hand das Kältegefühl. Er fühlt z. B. nicht, daß er Schuhe und Strümpfe anhat.

Auch das rechte Bein ist in der letzten Zeit schwächer, so daß er nicht mehr sicher auf den Beinen ist. Namentlich wenn er sich etwas mehr anstrengt oder sich aufgeregt hat, sinkt er vor Schwäche in beiden Beinen fast zusammen. In den letzten 2 Jahren bekommt er Störungen beim Wasserlassen. Bei kleinen Anstrengungen verspürt er einen Drang, aber „dann kommt doch nicht viel." Solche Störungen stellen sich aber nicht immer ein. Bei Witterungsumschlag bekommt er für kurze Augenblicke ein Reißen im linken Unterleib und dann ist auch schon wieder alles in Ordnung. Bei längerem Sprechen bekommt er die Worte nicht mehr richtig heraus; gerade so, als ob die Zunge dann nicht mehr mitwollte. Singen kann er deswegen überhaupt nicht. Sehen und hören aber gut. Früher hat er gerne eine Pfeife geraucht. Jetzt kann er das aber nicht mehr, weil er die Pfeife mit dem Mund nicht mehr festhalten kann; denn die Kiefermuskeln werden so müde.

Das Leiden hat 1916 als er Soldat war, angefangen mit kribbelnden Schmerzen im linken Fuß. Er kam ins Lazarett und wurde 1917 zu seiner alten Firma entlassen. Dort war er Leiter in einer Strickerei und brauchte nicht körperlich zu arbeiten. Etwa von 1925/1926

an ist er arbeitsunfähig, weil die Schwäche im Bein allmählich nach oben kroch und schließlich auch auf den linken Arm bis zur linken Halsseite überging.

P. war 1915 Soldat; er war aber nicht an der Front und bis zu seiner Militärzeit ganz gesund. Er war nie geschlechtskrank.

Familienanamnese o. B.

Befund:

Guter Ernährungszustand. Neigung zur Fettsucht. Gesichtsfarbe blaß, sichtbare Schleimhäute genügend durchblutet.

Lungen und Herz o. B. B. D. 120 mm Hg.

Umfang der Arme:	rechts	links (krank)
20 cm oberh. des Olekranons	33,0 cm	31,5 cm
10 „ „ „ „	30,0	28,5
5 „ unterh. „ „	28,5	28,0
15 „ „ „ „	24,5	23,0

Handspanne über den Fingerknöcheln	rechts	links
	22,0	21,0

Radiusperiost-, Biceps- und Tricepsreflexe beiderseits gleich. Muskelspannung rechts normal, links schlaff. Aktive und passive Beweglichkeit ist rechts normal, links ist nur die passive Beweglichkeit in allen Gelenken normal. Die aktive Bewegung nach vorn und zur Seite erfolgt langsam, etwas ruckweise und ist etwa nur bis zur Hälfte der Norm, nach hinten fast normal, möglich. Nach kurzer Zeit läßt er den linken Arm wieder schlaff herabfallen. In der Ruhe liegt der linke Arm dem Körper im Ellenbogengelenk leicht gebeugt, die Handfläche dem Körper zugewendet, an. Die Schulter hängt dabei etwas herab. Die Oberarm- und Schultermuskulatur ist etwas schlaffer gegenüber rechts; doch nicht sehr ausgesprochen, denn die Muskulatur ist im Ganzen schlaff, das Unterhautfettgewebe gut entwickelt, ähnlich dem einer Frau. Der Fingernasenversuch gelingt rechts normal, links kommt er dagegen nur etwa bis Kinnhöhe. Er beugt dabei den Kopf dem Finger entgegen.

Der Kopf wird etwas nach links gehalten. Kopfbewegungen sind passiv frei; bei aktiver Bewegung nach rechts gibt er ein Spannungsgefühl in der linken Halsseite an. Kopf nirgends klopfempfindlich, Nervenaus-

trittsstellen nicht druckempfindlich. Die Zunge wird gerade, nicht zitternd herausgestreckt. Die linke Lidspalte ist mehr geöffnet als die rechte. Beim Sprechen bleibt der linke Mundwinkel gegenüber rechts etwas zurück; doch wird beim Zähnezeigen oder Pfeifen die linke Gesichtsmuskulatur normal bewegt,

Augen o. B.

Vasomotorische und mechanische Muskelerregbarkeit lebhaft. Bauchdecken- und Cremasterreflexe normal.

Umfang der Beine:	rechts	links
20 cm oberhalb des Oberrandes der Patella	58,0 cm	55,0 cm
10 „ „ „	47,5	45,0
13 „ unterhalb „	39,0	38,0
25 „ „ „	29,0	28,0
33 „ „ „	23,0	23,0
Fußrücken	25,0	25,0

Die Oberschenkelmuskulatur ist links schlaffer als rechts. Motilität rechts nach allen Richtungen normal. Das linke Bein wird in gestreckter Lage nur eine Handbreite gehoben, dann erfolgen ruckartige Bewegungen bei gebeugtem Knie; das Bein fällt aber immer wieder auf die Unterlage zurück. Einwärts- und Auswärtsrollen normal, ebenso die Spreizung. Das gespreizte linke Bein wird aber nur langsam und ruckweise wieder angezogen, dabei auf der Unterlage schleifend. Kniehackenversuch rechts normal, links setzt er die Hacke am unteren Schienbein auf und zieht sie ruckweise bis zur Kniescheibe hoch. Dann fällt das im Knie und Hüftgelenk gebeugte Bein schlaff in dieser Stellung auf die Unterlage. Patellarsehnen- und Achillessehnenreflexe beiderseits gleich und lebhaft. Keine pathologischen Reflexe. Wirbelsäule nirgends druckempfindlich, kein Stauchungsschmerz.

Sensibilität:

Feinste Pinselberührung wird am ganzen Körper richtig angegeben. Doch sagt er, es schmerze auf der ganzen linken Seite nicht so sehr als rechts. Er macht diese Angabe am Schlusse der Untersuchung, ohne darnach gefragt zu sein. Temperatur- und Lageempfindung intakt.

Elektrische Untersuchung:

Vielleicht geringe Herabsetzung der galvanischen und faradischen Erregbarkeit am linken Bein.

Der Gang ist breitbeinig und zwar wird das linke Bein abgespreizt gehalten. Er belastet das linke Bein nur kurz, sonst macht er aber alle Bewegungen mit dem linken Bein richtig.

Die Tatsache, daß der linke Arm und das linke Bein noch alle Bewegungen ausführen können, wenn auch nur langsam, ruckweise und unter stark demonstrierter Anstrengung, sprechen dafür, daß es sich hier nicht um echte Lähmungen handeln kann. Die am linken Arm und Bein festgestellten reduzierten Umfangsmaße sind sicherlich für eine Inaktivitätsatrophie anzusehen. Wenn das „Leiden" schon 1916 aufgetreten ist und P. immer von seiner Lähmung überzeugt war und er seine linke Körperhälfte so gut wie möglich geschont hat, dann ist zu verstehen, daß eine Atrophie in einem solchen Maße auftreten kann. Auch die bald auftretenden und bald wieder verschwindenden Erscheinungen einer Sprachstörung, Kieferschwäche und Schwäche der linken Halsseite zeigen uns bei der Stellung der Diagnose den Weg und deuten hin auf die funktionellen Störungen.

Fall 5: R. Johann:
Vorgeschichte nach eigenen Angaben:

Von Beruf Maurer. Am 19. 6. 1930 stürzte bei einem Umbau eine Decke ein, von der er am Kopfe getroffen wurde und dann von einem 3 Meter hohen Gerüst in die Tiefe fiel. Mit dem Kopf schlug er auf einen Betonboden auf und lag dann mehrere Stunden bewußtlos im Krankenhaus. In den ersten 3 Tagen konnte er sich überhaupt nicht bewegen, dann kam die Bewegungsmöglichkeit wieder, zuerst in der rechten Seite, später auch links ein ganz klein wenig. Den linken Arm und das linke Bein kann er bis jetzt noch nicht richtig bewegen. Gelegentlich kann er 100—200 Meter ohne Stock gehen, aber dann geht es nicht mehr. Seit dem Unfall linksseitige Kopfschmerzen, die noch keine Minute nachgelassen haben. Vor dem linken Auge flimmert es immer, oft ist es so, als ob es „Rausgequollen" käme. Das linke Ohr ist stark empfindlich, wenn z.B. ein Auto hupt, dann ist es so, als ob er einen Schlag gegen den Kopf bekommt.

Als Kind nie krank. In der Schule kam er gut mit. 1918 feierte er einige Wochen wegen Ueberarbeitung krank, denn er sei gänzlich entkräftet gewesen.

Seit dem Unfall 1930 kann er sich nicht mehr so recht bewegen; beim Bücken gibt es so Schläge nach dem Kopf hin. Außerdem hat er oben und unten in der Wirbelsäule Schmerzen und in der ganzen linken Seite, weswegen er im Bett auch gar nicht auf der linken Seite liegen kann. Nach der Erklärung, daß dieses doch keine richtige Lähmung sei und wie er denn dazu komme, gibt Patient an, daß, als er im Krankenhaus gelegen habe, die Nachricht gekommen sei, daß man seine Schwester im Walde ermordet und dann zerstückelt habe. Er habe sich dann gedacht: „So jetzt, wo die auch nicht mehr lebt, ist für dich ja auch nichts mehr auf der Welt los." Seit der Zeit könne er nun gar nicht mehr laufen.

Befund:

Allgemeinstatus und innere Organe o. B.

Neurologisch:

Bei Beklopfen des Scheitelbeins und der Hinterhauptsschuppe werden Zucken und Ziehen mit Schmerzen im linken Auge angegeben, aber kein Schmerz an der Klopfstelle. Die Austrittsstelle des Nervus Supraorbitalis ist angeblich stark druckempfindlich.

Obere Extremitäten:

Tonus der Muskulatur normal. Die passive Beweglichkeit ist in allen Gelenken frei. Aktiv kann der linke Arm fast gar nicht bewegt werden. Beim Fingernasenversuch klettert die linke Hand ein wenig am Körper empor, um dann wieder zurückzusinken; rechts o. B. Die Sehnenreflexe sind beiderseits o. B. Radiusperiostreflexe beiderseits lebhaft, rechts gleich links. Grobe Kraft links gleich null.

Untere Extremitäten:

Tonus und passive Beweglichkeit beiderseits o. B. Aktiv kann das linke Bein angeblich nur ein ganz klein wenig im Knie- und Hüftgelenk gebeugt werden. Patellarsehnenreflex beiderseits lebhaft, ebenso der Achillessehnenreflex. Letzterer ist auch von der Fußsohle

auslösbar. Keine pathologischen Reflexe. Kniehackenversuch rechts o. B.

Beim Romberg'schen Versuch greift R. nach einer Stütze, bei Ablenkung läßt das starke Schwanken nach. R. geht mit einem Stock und zieht das linke Bein nach. Nach der Untersuchung zieht er sich selbst an, und verwendet dabei die linke Hand, wenn auch in geringerem Maße, so doch offensichtlich mehr, als seinen Angaben über den völlig gelähmten linken Arm entspricht.

Sensibilität;

Angeblich Herabsetzung für alle Qualitäten im linken Arm und linken Bein, sowie der rechten Bauchhälfte, herumreichend nach dem Rücken bis zur Wirbelsäule. Bei wiederholter Prüfung treten aber Unstimmigkeiten hervor, die Zweifel an der Richtigkeit der Angaben des R. aufkommen lassen.

Die Untersuchung von Blut und Rückenmarksflüssigkeit ergab keinen auf eine organische Krankheit hinweisenden Befund.

Die galvanische und faradische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven der oberen und unteren Extremitäten ist beiderseits gleich und normal.

Durch die Angabe des Herrn R., daß die „Lähmung" plötzlich aufgetreten sei, nachdem er die Nachricht bekommen habe, seine Schwester sei ermordet worden, ist an der Diagnose „Hysterische Lähmung" kein Zweifel. Diese Diagnose, gestellt auf Grund der Anamnese, wird sicher gestellt durch den Untersuchungsbefund.

Fall 6: Gerd. G.

Vorgeschichte nach den eigenen Angaben:

G. gibt an, er könne nicht gehen, weil ihm die Beine so lahm seien. Als er zu Hause aufgebrochen sei, um nach hier zu fahren, habe er noch etwa 15 Schritte gehen können, aber als er in Münster auf dem Bahnhof angekommen sei, habe er mit Unterstützung nur noch einige Schritte gehen können, dann sei er „zusammengebrochen". Jetzt könne er überhaupt nicht mehr gehen, Stehen könne er wohl, wenn er die Knie irgendwo stütze. Beim Wasserlassen auf der Toilette müsse er den Oberkörper an der Wand anlehnen. Bei Bewegungen habe er Schmerzen in der

Wirbelsäule in Höhe der unteren Rippe. Die Schmerzen seien dann so stark daß er schlapp machen könnte, wenn er nicht eine so starke Natur hätte. Stuhlgang ist nur nach Einnahme von Abführmitteln möglich. Zuweilen hat er Schmerzen auf dem Kopf. Das Wasserlassen ist seit einigen Tagen erschwert; er habe wohl Urindrang, aber es komme immer nur ganz wenig. Oft bekomme er einen Mastdarmvorfall. Das Herzklopfen sei oft „wie ein Trillern", so daß ihm schlecht werden könne. Der Blick sei manchmal verschwommen und verschleiert, wobei dann Doppeltsehen auftrete.

Am 25. März 1925 rutschte er beim Schiffebeiholen aus und fiel mit dem Kreuz auf den scharfkantigen Steuerstuhl. Danach habe er sich aufrichten lassen, habe Schmerzen im Kreuz gehabt und sei noch am selben Tage zum Arzt gebracht worden. Seit der Zeit habe er nicht mehr arbeiten können, denn die Beine seien gleich so eigenartig lahm gewesen. Etwas habe er noch gehen und stehen können. Die anfänglichen Versuche, Rad zu fahren, seien ohne Erfolg gewesen. Die Beschwerden wurden immer schlimmer bis auf den heutigen Zustand. Er wird körperlich immer dicker, trotz magerer Kost.

Früher ist er immer gesund gewesen. Er ist verheiratet, hat 8 gesunde Kinder. Geschlechtskrank war er noch nicht. Familienanamnese o. B.

Befund:

G. muß im Liegen untersucht werden, da er angeblich nicht stehen kann.

Mittelgroßer Mann. Starke Fettleibigkeit. Sichtbare Schleimhäute gut durchblutet.

Beide Augenbindehäute mäßig gerötet, Lidflattern, Herz: Grenzen regelrecht, 104 Pulsschläge in einer Minute. Zweiter Aortenton betont. Blutdruck 145/75 mm Hg. Das periphere Arterienrohr ist etwas hart und geschlängelt. Der Leib ist wegen starker Fettleibigkeit aufgetrieben. Nirgends druckempfindlich. Die Leber und Milz sind nicht vergrößert zu tasten. Trägt doppeltes Bruchband. Es besteht eine doppelseitige weiche Leiste.

Keine Krampfaderbildung. Keine Ödeme.

Neurologisch:

Kopf nirgends klopfempfindlich, Nervenaustrittsstellen nicht druckempfindlich. Keinerlei objektive Störungen im Bereiche der Kopfnerven.

Pupillen o. B. Kopfbewegungen sind frei. Lebhafte Gefäßmuskelerregbarkeit.

Obere Extremitäten:

Rohe Kraft sehr gut. Keinerlei Motilitätsstörungen. Druckschmerzhaftigkeit am linken Schultergelenk, in dem auch eine aktive und passive Bewegungseinschränkung vorliegt. Ueber die Horizontale hinaus wird der Arm infolge Spannung wegen Schmerzen nicht bewegt. Reflexe beiderseits gleich und normal. Grobschlägiges mäßiges Zittern der ausgestreckten rechten Hand, links minimal. Der Fingernasenversuch erfolgt zunächst normal; zum Schluß mit einem Ruck unter stärkerer Anspannung der Armbeugemuskulatur. Fingerfingerversuch ebenso.

Die Bauchdeckenreflexe sind wegen starken Fettpolsters nicht auszulösen. Cremasterreflexe sind beiderseits normal.

Untere Extremitäten:

Rohe Kraft gut. Patellarsehnenreflexe bds. gleich, etwas lebhaft. Achillessehnenreflexe bds. gleich, normal. Fußsohlenreflex bds. gleich, normal. Keine pathologischen Reflexe. Die passive Spreizung der Beine gelingt bis etwa 30 Grad; bei weiterer Bewegung willkürliche Anspannung, dann angeblich Schmerzen im Kreuz in Höhe der unteren Rippe. Passive Beugung im Hüftgelenk ist möglich bis 60 Grad, darüber hinaus willkürliche Bremsung, ebenfalls wegen Schmerzen in derselben Kreuzgegend. Im Hüftgelenk ist die Innen- und Außenrotation beider Beine aktiv und passiv normal. Bei aktiver Bewegung der Beine im Sinne der Spreizung und Beugung hält er sich mit beiden Händen am Rand des Untersuchungssofas fest und vollführt nur ruckweise bei Beugung im Knie kleinste Exkursionen. Als er auf einem schmalen Untersuchungstisch liegt und fürchtet herunterzufallen, zieht er mühelos die Beine an, so wie es ein Gesunder tun würde.

Die Prüfung der Druckempfindlichkeit der Wirbel-

säule ergibt keine einheitlichen Resultate. Einmal zuckt er bei Berührung des 10. Brustwirbeldornfortsatzes zusammen, dann aber beim 3. Lendenwirbel, während der 10. Brustwirbel nicht mehr schmerzhaft ist.

Sensibilität intakt.

Die elektrische Untersuchung ergab keine Besonderheiten.

Psychisch:

Gut orientiert über Ort und Zeit; keine Merk- oder Gedächtnisstörungen.

Der neurologische Befund läßt die Möglichkeit, daß es sich nach dem Hergang des Unfalles um echte Paraplegie als Folge einer traumatischen Querschnittsmyelitis handeln könnte, nicht zu. Der weitere Verlauf der „Lähmung" insbesondere die Angabe, daß er am Tage der Untersuchung morgens früh noch habe gehen können, obwohl doch die eigentliche Ursache in einem vor acht Jahren erlittenen Unfall liegen soll, jetzt aber überhaupt nicht mehr gehen könne, sind charakteristisch für eine Hysterie.

Fall 7: Sch. Hermann, 50 Jahre alt.

Vorgeschichte nach den eigenen Angaben:

Familienvorgeschichte o. B. Selbst als Kind nie krank gewesen; in der Schule kam er stets gut mit. Er arbeitete nach der Schulentlassung abwechselnd als Zigarrenarbeiter und als Bergmann. Bis zu seinem Eintritt in den Heeresdienst war er nie krank. 1915 wurde er eingezogen; er bekam die Ruhr und mußte ins Lazarett. Vor dem Weggang von der Truppe gab ihm der Militärarzt eine Medizin, auf Grund derer er für eine Stunde die Sprache verlor. 1917 war er blasenkrank und kam ins Lazarett. Wegen eines Wortwechsels kam er für 4 Wochen in eine Nervenanstalt. Damals bemerkte er, daß er sich in seinem Charakter „furchtbar" verändert hatte. Wenn er z. B. ein Stück gegangen war, dann schwitzte er, wurde schlapp, sah Gestalten, wie wenn die Sterne sich vor den Augen bewegten und es wurde ihm schwarz und grün vor den Augen. Bis zum Kriegsende war er in einer Granatfabrik tätig. Während seiner Fabriktätigkeit waren seine Beschwerden nicht mehr so stark, wie während seiner Dienstzeit. 1926 erkrankte seine Frau schwer, seit welcher Zeit sein Befinden auch schlechter wurde. All-

mählich verlor er sein Augenlicht. Nachdem der Augenarzt ihm schon 6 Brillen verschrieben hatte, gab er es auf, ihm noch eine weitere zu verordnen. Seit etwa 2 Jahren klagt er über Gehbeschwerden im linken Hüftgelenk. Es ist das Gefühl vorhanden, als ob es absterben würde. Den linken Arm kann er selbstständig nur an den Körper anlegen. Um ihn zu strecken oder zu erheben, bedarf er fremder Hilfe. Die rechte Hand schläft ihm ein, es krabbelt und brennt darin. Zeitweise kann er nichts anfassen. Wegen des Beines und Armes war er nie in ärztlicher Behandlung.

Befund:

Allgemeinstatus und innere Organe o. B. Kopf nicht klopfempfindlich. Nervenaustrittsstellen o. B. Pupillenreaktionen o. B. Der Facialis wird beiderseits gut und gleichmäßig innerviert.

Obere Extremitäten:

Feuchte, kühle, cyanotisch verfärbte Hände. Reflexe lebhaft, links gleich rechts. Der Tonus der Muskulatur ist konstitutionell schlaff. Der linke Arm kann aktiv nur um 20 Grad nach vorn und seitwärts gehoben werden. Im linken Ellenbogengelenk gelingt die Beugung nur um 90 Grad. Bei passiver Prüfung bestehen am linken Arm keine Bewegungseinschränkungen. Keine Atrophien. Bauchdecken- und Cremasterreflexe lebhaft.

Untere Extremitäten:

In liegender Stellung kann das linke Bein aktiv angeblich nur um einige Grade von der Unterlage gehoben werden. Aktive Beweglichkeit im linken Kniegelenk angeblich ebenfalls gleich null. Die Beweglichkeit in den Fuß- und Zehengelenken ist aktiv links ebenfalls deutlich gegenüber rechts eingeschränkt. Passive Beweglichkeit o. B. Tonus der Muskulatur beiderseits konstitutionell etwas schlaff, links gleich rechts. Keine pathologischen Reflexe und keine Cloni. Kniehackenversuch rechts sicher, links kann er angeblich nicht ausgeführt werden. Keine Atrophien.

Der Romberg'sche Versuch ist wegen des starken Schwankens (psychogen) und wegen der Behauptung, er könne die Füße nicht schließen, nicht ausführbar.

Gang: Mit dem linken Beine hinkend; der linke Fuß wird nicht ordentlich abgerollt, das linke Knie nicht gebeugt. Das linke Bein wird etwas zirkumduziert (psychogen).

Sensibilität:

Die Berührungsempfindung ist angeblich am ganzen Körper mit Ausnahme des Kopfes aufgehoben. Angeblich am ganzen Körper Analgesie, doch sind bei einigen Nadelstichen deutliche Schmerzreaktionen in Form von Zuckungen nachweisbar.

Psychisch:

Wehleidig, weinerlich, ganz auf seine Beschwerden eingestellt. Im unbeobachteten Zustande jedoch bedeutend freier und von gleichmäßiger Gemütslage. Leichte Intelligenzdefekte.

Während der Untersuchung tritt ein psychogenes Schüttelwackeln am ganzen Körper auf, von dem jedoch zeitweise auch nur der linke Arm und das rechte Bein befallen sind.

In diesem Falle haben wir keine ausgesprochene „Lähmung", sondern eigentlich nur eine gewisse „Schwäche" des linken Armes und Beines vor uns. Wenn Sch. behauptet, den linken Arm im Ellenbogengelenk nur bis zu einem rechten Winkel beugen zu können, dann müßten objektiv entweder eine Gelenkerkrankung, eine Nervenerkrankung oder eine Muskelaffektion festzustellen sein. Aber sowohl Gelenke, wie auch Nerven und Muskulatur sind in Ordnung. Berücksichtigen wir zudem die Sensibilitätsstörung — am ganzen Körper mit Ausnahme des Kopfes ist die Sensibilität aufgehoben — und die Angaben, dann liegt die Diagnose „Hysterie" sehr nahe und muß auf Grund des Gesamtbefundes gestellt werden.

Diese oben wiedergegebenen Beispiele von hysterischen Lähmungen, die ja nur ein Symptom der Hysterie darstellen, zeigen, daß sie im Anschluß an irgend ein den Kranken stark beeindruckendes Ereignis aufgetreten sind.

Fall 1: Bei einem Trommelfeuer im Felde trat der erste hy-

sterische Anfall auf. Diese wiederholten sich häufig und bei einem dieser Anfälle verlor er vorübergehend die Sprache. Nach einer Bettruhe von 4 Wochendauer ist er linksseitig gelähmt. Der Kranke sieht selbstverständlich sein Leiden als eine Folge des Krieges an. Es begann mit einem Anfall, der doch seine Ursache in dem Trommelfeuer hatte. Keiner weiteren Ueberlegung bedarf es, um den Schluß ziehen zu können: Meine Krankheit ist eine Folge des Krieges; denn er hat „nie gewußt, was eine Krankheit war". In solchen Gedankengängen sich bewegend tauchen Entschädigungsansprüche auf und um diese durchsetzen zu können, muß er krank sein, ja will er sogar krank sein.

Fall 2 zeigt uns, wie Menschen zu Hysterikern gemacht werden können. Als Herr R. 1918 vom Militär entlassen wurde, hatte er häufig Kopfschmerzen und spürte eine Schwäche des rechten Fußes. Wegen dieser Beschwerden wurde er 1925 Knappschaftsinvalide. R. hat somit eine ärztliche Bescheinigung, daß er nicht mehr voll arbeitsfähig und „nervenkrank" war. Bald darauf trat dann eine „Lähmung" des rechten Armes auf. Als er dann 2 Jahre später einen „Unfall" erlitt — der rechte Fuß knickte um — konnte er den rechten Fuß gar nicht mehr gebrauchen. Im nächsten Jahre wurde er dann Reichsinvalide, was ihn in seinem Bewußtsein, ein kranker, leidender Mann zu sein, nur noch kräftigte. Die Entwicklung des Gedankens der „Lähmung" wurde in diesem Falle unterstützt und genährt durch die Invalidisierung und somit der Anerkennung des Krankseins.

Fall 3: Das Leiden dieses Mannes beginnt 1916 mit einem Unfall, der wiederum „Anfälle" zur Folge hatte. Eine später auftretende Schwäche des rechten Beines breitete sich weiter aus und ergriff allmählich auch den rechten Arm, die eines Morgens ganz schlaff waren. Seit 1918 bezog L. eine Rente, die aber im Laufe der folgenden Jahre immer wieder erhöht werden mußte.

Fall 4: 1916 beim Militär begann die Leidensgeschichte des P. Zuerst wurde der linke Fuß „schwach", dann der linke Arm. Dann traten Störungen beim Wasserlassen auf, dann eine „Schwäche" der Zunge und schließlich der Kiefermuskeln, sodaß er nicht einmal mehr die Pfeife im Munde halten kann. Bis zur Militärzeit bestand völlige Gesundheit. Wenn auch hier nicht ein ins Auge springendes, auffallendes Ereignis für die Entstehung der Hemiplegie verantwortlich gemacht werden kann, so liegt aber doch die Ursache im Kriege selbst als ungeheures Ereignis.

Fall 5: Ein Kopftrauma zieht eine funktionelle Schwäche der

linken Körperhälfte nach sich mit Herabsetzung des Sensibilität. Die Nachricht, daß die Schwester ermordet wurde und der Gedanke: „So jetzt, wo die nicht mehr lebt, ist für mich ja auch nichts mehr auf der Welt los", machen ihn zu einem linksseitig „gelähmten" Menschen.

Fall 6: Ein 1930 erlittener Unfall. — Fall mit dem Kreuz auf einen scharfkantigen Gegenstand — hat eine Paraplegie im Gefolge gehabt. Etwas kann G. zwar gehen, aber die Beine sind „eigenartig lahm".

Fall 7 zeigt auch einen Menschen, der auf irgendwelche äußeren Einflüsse mit einer Erkrankung reagiert, und auch während der Militärdienstzeit zum ersten Male krank wurde. Er „verlor für eine Stunde die Sprache" durch eine Medizin, die ihm der Militärarzt gab. Wegen eines Wortwechsels kam er in eine Nervenanstalt. Als er vom Militär entlassen worden war, waren seine Beschwerden nicht mehr so stark. Eine Erkrankung seiner Frau im Jahre 1926 verschlechterte auch seinen Zustand. Es trat dazu auf eine Schwäche im linken Hüftgelenk und im linken Arm.

Hysterische Erscheinungen wird es unter normalen Lebensbedingungen stets geben entsprechend der Zahl besonders gearteter psychopathischer Konstitutionen. Eine merkliche Häufung hysterischer Zustände zeigt sich in Zeiten allgemeiner Not. Wir haben das erlebt im Kriege. Die Not der gegenwärtigen Zeit, die wirtschaftliche Not, die Unmöglichkeit Arbeit zu finden, das Verlorensein der Existenz kommen der Not des Krieges zum Mindesten gleich. Hier zeigt sich, wie die Weltanschauung den Einzelnen aus der Masse hineintreibt in die Verzweiflung an dem Wert der Institutionen — Krankenversicherung, Unfallversicherung — und in die Erbitterung gegen die Träger derselben.

Nicht jeder, der mitten in der Not steht, wird hysterisch und kommt dadurch zum Arzt. Im Kriege war es die Verwundung, die „Verschüttung", der „Nervenzusammenbruch", der Schreck durch die Granatexplosion, die den Weg in die selbstvorgetäuschte

Krankheit, die hysterische Reaktion gebahnt haben. Heute ist es eine zufällige Erkrankung, ganz überwiegend aber der „Unfall", wobei die Versicherung den eigentlichen treibenden Faktor ausmacht, die aus der großen Zahl der Notleidenden viele zum Arzt bringen.

Die Entscheidung, ob es sich im Einzelfall um eine echte organische Erkrankung handelt oder um eine hysterische Reaktion, ist von großer Bedeutung. Es genügt dabei nicht, aus dem Mangel objektiver Krankheitszeichen eine Hysterie zu diagnostizieren, sondern es gehört dazu der Nachweis der psychischen Entstehung der hysterischen Natur des Zustandes. Dies aber wird in der großen Mehrzahl der Fälle ohne spezielle psychiatrische Erfahrungen nicht möglich sein.

Literaturverzeichnis

Binswanger, O.: Die Kriegshysterie. Handbuch der ärztlichen Kriegserfahrungen 1914 18. Bd. 4, 1919.

Derselbe: Hystero-somatische Krankheitserscheinungen bei der Kriegshysterie. Monatsschr. für Psychiatrie 38. Heft 1 2 1915.

Berliner, M.: Fall von hysterischer Monoplegie (Reflexlähmung). Wien. kl. Wo. 1914 Nr 26/27.

Birnbaum: Kriegsneurosen und Psychosen auf Grund der gegenwärtigen Kriegsbeobachtungen. Ztschr. für die ges. Neurologie und Psychiatrie. Band 11, 12, 13, 14, 16, 18. 1915—1916, 1917, 1918, 1919.

Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin, Springer 1818.

Bumke, O s w.: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. München, 1929

Charcot: Krankheiten des Nervensystems, insbes. über Hysterie. Uebersetzung von Dr. Sig. Freud Leipzig und Wien 1886.

Di Gasparo, H.: Hysterische Lähmungen. Berlin, Springer 1912.

Erben: Begutachtung der Kriegsneurosen und Diagnose ihrer Simulation. Wien.med.Wo. 1919, Nr. 19.

Fabian: Kriegshysterie. Med.Kl. 1918, Nr. 44.

Freund, C.S.: Ueber psychische Lähmungen. Neurolog. Zentralblatt, 1895.

Fröschels: Zur Beurteilung von Paresen. Wien med.Wo. 1917 Nr. 37.

Gaupp: Ungewöhnliche Formen der Hysterie. Münch.med. Wo 62, 1119, 1915.

Gaupp, Neurosen nach Kriegsverletzungen. D. Ztschr. für Nervenheilkunde Bd. 56, 129. 1916.

Derselbe: Kriegsneurosen. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 56. 1917. 126—131.

Henneberg: Ueber Kriegsneurosen, insbes. über Gehstörungen. Allgem. Zeitschrift für Psych. 72, 500 1916.

Hildebrandt: Zum Streit über die traumatische Neurose. Neurolog. Zentralblatt 1915, 718.

Kehrer, F.: Psychische Störungen des Auges und des Ohres. Archiv für Psychiatrie 58, 401—1917.

Kehrer, F.: Ueber funktionelle Störungen traumatisch geschädigter Extremitäten D.Ztschr. für Nervenheilkunde 65, 292. 1918.

Kehrer, F.: Spez. Symptomatologie der Hysterie und Neurasthenie. Handbuch der Neurologie. Ergänzungsband 1. 1923.

Kehrer, F.: Zur Frage der Behandlung der Kriegsneurosen. Ztschr. für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 36, 1916.

Kehrer: Behandlung der Kriegsneurosen. Ztschr. für die ges. Neurologie und Psychiatrie. Bd. 36. 1916.

Kretschmer: Hysterische Erkrankung und Gewöhnung. Ztschr. für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 37, 64.

Lähr: Hysterische Hemiparese mit Sprachstörung. Neurol. Zentralblatt 37.

Löwenstein: Experimentelle Hysterielehre. Bonn 1920.
Möbius: Ueber den Begriff der Hysterie. Zentralblatt für Nervenheilkunde. 1888, Nr. 3.
Nägeli: Zur Frage der traumatischen und Kriegsneurosen. Neurolog. Zentralblatt 35. 1916. 482.
Niessl v. Mayendorff: Hysterische Paraplegien nach Schußverletzungen. Münch. med. Wo. 64.
Derselbe: Hysterische Kontrakturen nach Schußverletzungen. D. Ztschr. für Nervenheilkunde 63, 69. 1916.
Nonne: Neurosen nach Kriegsverletzungen. D. Ztschr. für Nervenheilkunde. Bd. 56. 1917.
Oppenheim, H.: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin, 1913.
Derselbe: Neurosen nach Kriegsverletzungen. D. Ztschr. für Nervenheilkunde. Bd. 56. 1917.
Raecke: Hysterische Halbseitenlähmung nach Einwirkung schädlicher Gase.
Riese: 2 Fälle von hysterischem Oedem. Archiv für Psych. 56. 1916.
Steinitz: Fall von hysterischer Amaurose und Abasie. D Ztschr. für Nervenheilkunde 64. 1916.
v. Strümpell: Lehrbuch der Pathologie und Therapie. 1930.
Thomas: Fall von funktioneller Hemiplegie. Archiv für Psychiatrie. Band 23. 1892.
Trömmer: Hysterische Sensibilitätsstörungen. Neurolog. Zentralblatt. 1915, 618.
Westphal: Fall von ungewöhnlicher hysterischer Kontraktur. Neurol. Zentralblatt 35, 727.

Am Schlusse meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. med. Ferdinand Kehrer für die Uebernahme des Referates und für die freundliche Ueberweisung des Themas, sowie für die gütige und bereitwillige Anleitung bei der Anfertigung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Am 2. März 1906 wurde ich Josef Wilhelm Heinrich Samson in Limbergen bei Buldern i. Westfalen als Sohn des Gutsbesitzers Karl Samson geboren.

Nach einem 5jährigen Besuche der Volksschule zu Buldern i. Westf. besuchte ich die humanistischen Gymnasien in Dülmen i. Westf. und Meppen a. d. Ems in Hannover. Nach der Reifeprüfung studierte ich vier Semester an der Universität zu Freiburg i. Br. und bestand nach dem 5. Semester die ärztliche Vorprüfung an der Universität zu Münster i. Westf. Die 6 klinischen Semester absolvierte ich ebenfalls in Münster in Westf. und bestand dort die ärztliche Prüfung am 30. Januar 1933.

Als Medizinalpraktikant war ich an der Universitäts-Nerven- und Psychiatrischen Klinik zu Münster i. Westf. und auf der Inneren und Röntgenabteilung des Städtischen Krankenhauses zu Ratibor i. Oberschlesien.

Am 1. Februar 1933 erhielt ich die Approbation als Arzt. Seit dem 15. Februar 1933 bin ich als Assistenzarzt am Bezirkskrankenhaus zu Krumbach in Schwaben.